

Consultation de suivi en médecine générale des personnes sous traitement antirétroviral

Pr Vincent LE MOING
Infectiologue, CHU de Montpellier

pour le groupe de travail de la
Haute Autorité de Santé (HAS)



Contexte

- Transition épidémiologique chez les PVVIH:
 - place croissante des **comorbidités** liées au vieillissement
 - les différences avec la population générale s'estompent
- Médecins généralistes:
 - favorables au suivi partagé des PVVIH dans le cadre des soins primaires, pour le repérage et la prise en charge des **comorbidités**
 - expriment un besoin de formation et d'outils pratiques
- Possibilité d'un transfert partiel de la prise en charge vers des équipes pluri professionnelles de soins primaires articulées autour du médecin traitant, à condition que ce transfert soit **sécurisé**
- La HAS vise à promouvoir un **parcours de santé de la personne** respectueux des bonnes pratiques, adapté à chaque situation et dont les différentes interventions sont coordonnées entre elles

Le long parcours de la fiche

- Saisine de la HAS le 17 juillet 2013 par un collectif d'associations: AIDES, ACTIONS TRAITEMENTS, ACT-UP Paris, SOLENSI et TRT-5 (Jean-Pierre Fournier interlocuteur principal)
Le sujet de préoccupation des associations de patients est la sécurisation et l'organisation du parcours de soin
- Feuille de route élaborée avec la DGS (Véronique Tirard-Fleury) et la SFLS (Anne Simon) et validée par le collège de la HAS en décembre 2014
- Association des parties prenantes en janvier 2015
- Constitution du groupe de travail (GT) fin 2016
- 4 réunions du GT de février 2017 à juin 2018
- Avis des parties prenantes recueillis à l'été 2018
- Documents finaux validés par le collège de la HAS le 4 octobre 2018

Parties prenantes

- Groupe inter-associatif traitement et recherche TRT-5
- SFLS
- SPILF
- Collège de médecine générale
- Union des syndicats de pharmacie d'officine
- Collège Infirmier Français
- Union Nationale des Réseaux de Santé
- DGS
- ARS Ile-de-France

Groupe de Travail

Dr TAULERA	Olivier	médecin généraliste
Dr BILLAUD	Eric	infectiologue
Dr PARTISANI	Maria Luisa	infectiologue
Dr CABY	Fabienne	infectiologue
Mme POLLARD	Hélène	patients
Mr MATHIAS	Christophe	patients
Mr BARBIER	Franck	patients
Mr BITHOUN	Marc	patients
Mr PODYMA	Edouard	infirmier
Pr PIROTH	Lionel	infectiologue
Pr LE MOING	Vincent	infectiologue
Pr JOSEPH	Jean-Philippe	médecin généraliste
Dr ESCOURROU	Emile	médecin généraliste

Chef de projet: Mme Sylvie LAOT

Dr Stéphanie SCHRAMM; service évaluation de la pertinence des soins et amélioration des pratiques et des parcours

Méthodologie

Méthodologie: « méthode d'élaboration des fiches points clés et organisation des parcours», éditée par la HAS en avril 2015

1. Analyse critique de la littérature scientifique (1636 références) et des recommandations et consensus (145 références)
2. Avis argumenté du groupe de travail
3. Rédaction d'un argumentaire et de conclusions consensuels
4. Analyse de la cohérence de cet argumentaire par rapport aux publications de la HAS et des autres agences sanitaires
5. Synthèse sous forme de **fiche parcours**
6. Validation de l'argumentaire et de la synthèse par les parties prenantes
7. Validation par le collège de la HAS

Le document concerne uniquement le patient adulte, stable du point de vue virologique. Il ne traite pas de la prise en charge hospitalière, ni du traitement spécifique du VIH.

Quatre outils mis à disposition sur www.has-sante.fr

- **Fiche parcours: 26 pages avec les annexes**
- Fiche de synthèse: 7 pages
- Schéma récapitulatif interactif: 1 page
- Note méthodologique = argumentaire: 35 pages

Mise en ligne ce jour 11 octobre 2018

Parcours centré sur la réponse aux antirétroviraux

- Définition: maintien d'une charge virale indétectable
- Adaptation des ARV: rôle du spécialiste, notamment lors de la **consultation hospitalière annuelle de synthèse**
- Bénéfices:
 - non transmissibilité
 - diminution de la morbidité
- Condition = adhésion au traitement et au suivi:
 - simplicité du schéma
 - accompagnement
 - coordination des soins
 - **condition nécessaire: prise en charge globale tenant compte de la vulnérabilité sociale et des soutiens du patients**
- Attention aux interactions avec les médicaments et autres substances: gestion commune avec le référent hospitalier; www.hiv-drugsinteractions.org

Parcours en 2 étapes

1. Evaluation globale au cours d'une consultation = huit points d'attention
2. Gestion du risque accru de pathologies associées

Présentation d'outils et de conduites à tenir

En pointant l'attention sur ce qui est différent (ou non) de la population générale

En se référant chaque fois que nécessaire aux outils proposés par la HAS en population générale

Huit points d'attention lors de la consultation

- Vulnérabilité sociale
- Lutte contre la sédentarité
- Etat psychique
- Etat cognitif
- Etat nutritionnel
- Addictions
- Santé sexuelle
- Statut vaccinal

Exemple du § «tabac »

- Consommation supérieure à la population générale; association plus fréquente à celle de cannabis
- Bénéfices de l'arrêt du tabac sur les comorbidités cardio-vasculaires, broncho-pulmonaires et le risque de cancers
- Repérage et aide au sevrage du tabac et du cannabis = **outils proposés par la HAS pour la population générale:**
 - interventions brèves et entretiens motivationnels
 - score de Fagerström
 - cannabis: questionnaire CAST
 - consultations de tabacologie et d'addictologie

Pathologies à risque accru

- Risques cardio-vasculaires et troubles métaboliques
- Risques pulmonaires
- Coinfections par les virus des hépatites
- Atteinte rénale
- Cancers
- Ostéoporose

Exemple du § « risques pulmonaires »

- BPCO:
 - **spirométrie** chez le fumeur de plus de 40 ans si symptôme ou tabagisme > 15 PA chez la femme et 20 PA chez l'homme, à compléter par EFR et répéter annuellement si anomalie
 - attention portée sur le risque d'**interactions médicamenteuses** entre certains traitements ARV et certains corticostéroïdes ; la **béclométasone** est privilégiée en cas de traitement par corticoïdes inhalés.
- Tuberculose:
 - **dépistage** et prise en charge d'une **infection tuberculeuse latente**, en présence de facteurs de risque, lors du bilan initial, puis des bilans annuels hospitaliers
 - repérage de la tuberculose maladie comme en population générale, avec une attention sur la stabilité immuno-virale, et à destination des personnes migrantes en provenance de zones à forte prévalence, en cas d'ITL non traitée
 - en cas de traitement: prendre en compte les interactions médicamenteuses

Annexe 3 Auto-questionnaire de dépistage de la BPCO (HAS, 2014)



Auto-questionnaire Dépistage BPCO

Faites le test : aurais-je une BPCO ?

La BPCO ou Broncho Pneumopathie Chronique Obstructive est une maladie pulmonaire chronique, fréquente mais que les personnes ignorent souvent.

Si vous répondez à ces questions, cela aidera à savoir si vous avez une BPCO

- | | | |
|--|------------------------------|------------------------------|
| Toussez-vous souvent (tous les jours) ? | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> |
| Avez-vous souvent une toux grasse ou qui ramène des crachats ? | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> |
| Êtes-vous plus facilement essoufflé que les personnes de votre âge ? | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> |
| Avez-vous plus de 40 ans ? | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> |
| Avez-vous fumé ou fumez-vous* ? | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> |

Si vous répondez positivement à trois de ces questions**, le médecin généraliste peut soit mesurer votre souffle à l'aide d'un spiromètre soit vous orienter vers un pneumologue.

Découvrir une BPCO précocement permettra de prévenir des lésions pulmonaires ultérieures. Des traitements sont disponibles pour que vous vous sentiez mieux.

* ou avez-vous été exposé de manière prolongée ou répétée à des gaz, poussières, fumées, vapeurs dans le cadre de votre travail ?

** deux réponses « oui » peuvent déjà constituer un signe d'alarme

Annexe 4. Prise en charge des risques de cancer par profil de PVVIH

Profil de patient	Objectif	Action	Fréquence / Critères
Pour toute PVVIH	Repérer un mélanome et un cancer de la cavité buccale	Les actions de repérage sont réalisées selon les recommandations appliquées à la population générale,	Le repérage est systématique une fois par an, donc à une fréquence supérieure à la population générale
	Repérer un cancer du poumon	Appliquer les recommandations appliquées à la population générale	
	Evaluer la consommation de tabac et d'alcool, et favoriser le sevrage (cf. <i>addictologie</i>)		
	Encourager à la pratique ou poursuite d'une activité physique adaptée		
	Evaluer et prévenir une obésité		
	Favoriser l'éducation thérapeutique	en matière de prévention des IST dépistage cutané : rappeler l'importance de la protection solaire et d'un examen annuel voire semestriel pour les personnes à risque de mélanome	
	Favoriser la prise en charge	En cas de dépistage d'un cancer, prévoir une RCP d' oncoVIH en relation avec le référent hospitalier et le cancérologue	
Chez tout HSH Ou toute personne ayant des rapports anaux ou des antécédents de condylomes ou de conisation	Repérer les risques de cancer anal	envisager un examen proctologique proposer un suivi régulier par un gastro-entérologue/proctologue, en collaboration avec le médecin généraliste	Tous les ans
	Eviter les risques de cancer liés à l'infection par HPV	proposer la vaccination HPV	< 26 ans

Idem pour femmes (cf. rapport Morlat 2017), cirrhose, infection VHB

VIIH : la consultation de suivi en médecine générale

Analyser les résultats du bilan de synthèse annuel (transmis par l'infectiologue référent)
Maintenir une charge virale indétectable
Favoriser l'adhésion au traitement et la coordination des soins
Vérifier les interactions entre traitement ARV et autre traitement ou substance
<https://www.hiv-druginteractions.org/checker>

Évaluation globale

- Repérer un état de vulnérabilité :**
physique, psychique, sociale
- Lutter contre la sédentarité et favoriser une activité physique**
- Repérer une anxiété et/ou une dépression**
- Dépister un déclin cognitif**
- Repérer et prévenir les troubles alimentaires,**
rechercher les risques d'interaction avec d'autres apports : compléments, hyperprotéinés, millepertuis, jus de pamplemousse...
- Suivre l'indice de masse corporel**
- Évaluer le statut vaccinal**
Favoriser et recommander spécifiquement la vaccination anti-pneumococcique, anti-VHB (hépatite B), anti-VHA (hépatite A), anti-grippe, et HPV (papillomavirus) pour toutes les personnes vivant avec le VIH (PVVIH)
Le vaccin BCG est contre-indiqué quel que soit le niveau de CD4
- Repérer une addiction :**
tabac, alcool, cannabis, autres substances psycho-actives...
- Santé sexuelle**
Prévenir et repérer une infection sexuellement transmissible (IST)
Promouvoir l'usage du préservatif
Prévenir et repérer un contexte à risque d'IST : chemsex, alcool, stimulants, violence...
Favoriser le dépistage :
 - de la syphilis tous les 3 à 6 mois
 - du virus de l'hépatite C (VHC) chez les personnes ayant des rapports multiples
 - des chlamydia et gonocoques suivant le contexteAdapter la contraception en tenant compte des risques d'interaction avec les ARV
Accompagner le désir d'enfant
La grossesse est considérée comme à risque (toxicité fœtale, transmission mère-enfant du VIH, accouchement prématuré)
Une assistance médicale à la procréation peut être envisagée comme en population générale.

Gestion du risque accru de pathologies associées

- BPCO :** prévenir le risque d'interaction médicamenteuse (ARV et certains corticostéroïdes, privilégier la bécloéthasone)
- Tuberculose :** dépister et traiter (en présence de facteurs de risque lors du bilan initial et des bilans annuels hospitaliers)
- Évaluer le risque cardio vasculaire (outil Score)**
Considérer l'infection à VIH comme un facteur de risque supplémentaire
Contrôler la pression artérielle tous les ans
- Effectuer un bilan lipidique**
 - Tous les 5 ans si bilan normal
 - 6 mois après tout changement ARV
 - Selon les recommandations en cas d'anomalie
- Prévenir les co-infections par les virus des hépatites :**
vaccination (anti-VHA, anti-VHB), contamination VHC (hépatite C)
Repérer une infection VHC, VHB
 - lors du bilan initial hospitalier
 - surveillance sérologique tous les 6 à 12 mois en l'absence de séroprotection chez les PVVIH dont l'exposition au risque persiste
- Effectuer un bilan rénal**
 - au moins une fois par an
 - après tout changement ARV
 - tous les 6 mois si présence d'au moins deux facteurs de risque rénalEn cas de traitement par Ténofovir : phosphorémie à jeun et une glycosurie, 2 à 4 semaines après l'initiation du traitement, et tous les 3 à 6 mois en l'absence de risques rénaux
En cas d'exposition à un traitement néphrotoxique hors ARV
Éviter le risque de lithiase sous traitement par Atazanavir en rappelant les consignes d'hydratation
- Cancers**
Repérer un cancer broncho-pulmonaire
Pratiquer un examen peau et muqueuses tous les ans
Dépister un cancer à papillomavirus (HPV)
Repérer un lymphome : palpation ganglionnaire au moins une fois par an
- Ostéoporose**
Une ostéodensitométrie peut être également indiquée pour l'homme de >60 ans, ou <60 ans avec un IMC < 20 kg/m²

La fiche parcours est là

Quelles sont ses forces et ses limites ?

- consensus médecins-patients et pluridisciplinaire
- fondé sur recommandations en vigueur (Rapport « Morlat » 2015-2018, Recommandations HAS)
- même simple, le document est assez long et complexe et requière une appropriation

Quel est le souhait réel des patients et des médecins de l'utiliser?

Quel usage dans le cadre de l'hôpital de parcours ?